SulAmérica

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2- Nº Guia no Prestador

Para preenchimento dos campos sombreados, consultar o Manual de Orientação ao Prestador.

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora
/ /		/ /	72/

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10- Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12- Atendimento a RN
	/ /			

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14- Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante	16-Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21- Carater do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23- Indicação Clínica
	/ /	

24-Tabela	25- Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27-Qtde. Solici.	28-Qtde. Aut.
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30- Nome do Contratado	31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento	33-Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código de Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Tec.	45-Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R$)	47- Valor Total(R$)
1-	/ /	: a :								,	,	,
2-	/ /	: a :								,	,	,
3-	/ /	: a :								,	,	,
4-	/ /	: a :								,	,	,
5-	/ /	: a :								,	,	,

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Seq.Ref	49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPF	50-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO

56- Data de Realização de Procedimentos em Série **57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

1- / /		3- / /		5- / /		7- / /		9- / /	
2- / /		4- / /		6- / /		8- / /		10- / /	

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
,	,	,	,	,	,	,

66- Assinatura do Responsável pela Autorização	67- Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68- Assinatura do Contratado